

ANNÉE 1911

N^o 447

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR LA

NÉVRITE LOMBAIRE

PUERPÉRALE LÉGÈRE

PAR

ARMAND ROUTHIER

Né à Montargis (Loiret), le 27 juin 1884



Président : M. A. ROBIN, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

—
1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° **447**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR LA

NÉVRITE LOMBAIRE

PUERPÉRALE LÉGÈRE

PAR

ARMAND ROUTHIER

Né à Montargis (Loiret), le 27 juin 1884



Président : M. A. ROBIN, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	}	WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
Maladie des enfants		DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		HUTINEL
Clinique des maladies du système nerveux		GILBERT BALLET
		GAUCHER
Clinique chirurgicale	}	RAYMOND
		PIERRE DELBET
Clinique ophtalmologique		QUENU
Clinique des maladies des voies urinaires		RECLUS
		SEGOND
Clinique d'accouchements	}	DE LAPERSONNE
		ALBARRAN
Clinique gynécologique		PINARD
Clinique chirurgicale infantile		BAR
Clinique thérapeutique		RIBEMONT - DES-
		SAIGNES
		POZZI
		KIRMISSON
		A. ROBIN
Agréés en exercice		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CLAUDE	LABBE MARCEL	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

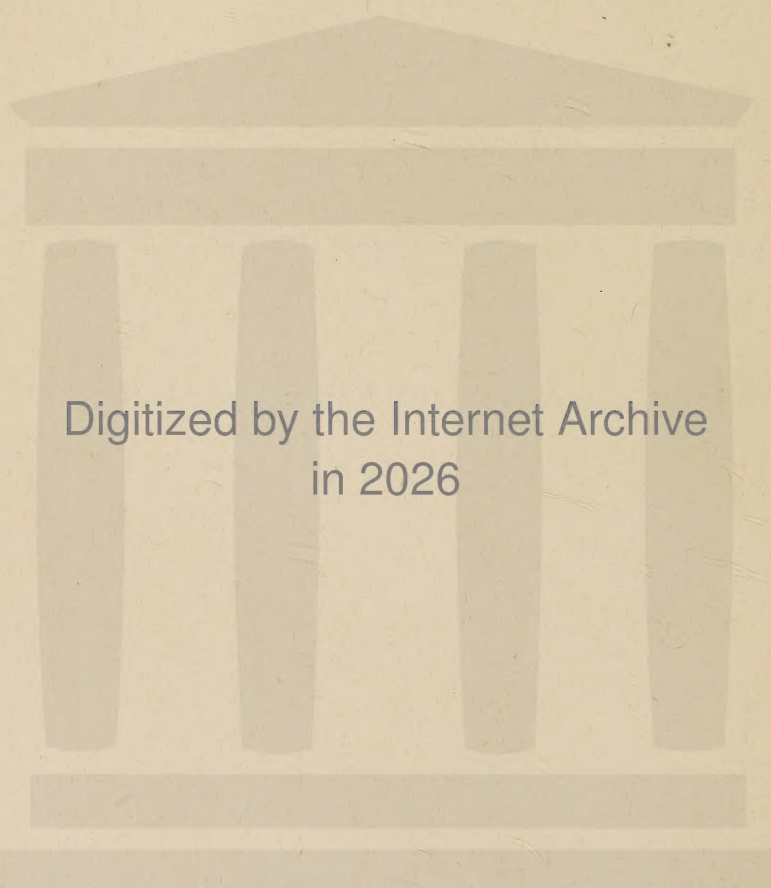
A MON ONCLE

A MES AMIS

A Messieurs

Dr PARMENTIER, médecin de l'hôpital Tenon (bénévolat)

Dr SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (stage).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552808_0066

A Messieurs

Externat :

D^r JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

D^r THIÉRY, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital
Tenon.

D^r DARIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

D^r DEMELIN, médecin accoucheur de l'hôpital Saint-
Louis.

A Monsieur le Professeur ALBERT ROBIN

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont déjà exposé des descriptions de plus en plus précises, des maladies des nerfs d'origine obstétricale.

On a décrit des névrites au cours de la grossesse et ce sont des névrites toxiques, à localisation d'une constance assez remarquable au membre supérieur. On a décrit, d'autre part, des névrites puerpérales, névrites qu'on observe à peu près exclusivement dans les cas de dystocie ou d'intervention obstétricale (forceps). Ces névrites, dont le symptôme capital est la paralysie pour la plupart des auteurs, sont des névrites traumatiques, dont la cause est la compression des nerfs du plexus sacré par la tête du fœtus, ou des violences qui ont accompagné l'intervention. Récemment, Hauch, Ernst et Meyer ont isolé et décrit une polynévrite puerpérale légère dont l'apparition se produit en dehors de tout traumatisme obstétrical.

HISTORIQUE

Déjà avant Hauch, on avait décrit des troubles pathologiques du système nerveux périphérique survenant pendant les suites de couches.

C'est ainsi qu'au commencement du siècle dernier, Boër signale des cas où il y avait des douleurs siégeant dans les masses musculaires de la région de la hanche et s'irradiant dans la cuisse. Ces accidents étaient apparus quelques jours après la délivrance ; dans les différents cas cités par l'auteur à ce sujet, l'évolution fut la même ; pas de traumatismes obstétricaux, pas de fièvre puerpérale précédant l'affection ; à la suite des douleurs du début, parfois assez vives, il pouvait survenir de l'impotence fonctionnelle légère. Il n'est point question de l'état des réflexes, ni de celui de la sensibilité dans la relation de Boër, mais il y est formellement précisé qu'il ne se produisit jamais de gonflement du membre. La maladie dure quelque temps et laisse après elle une atrophie marquée.

Vers la même époque, un autre accoucheur allemand

Krieg, signale des faits analogues à ceux rapportés par Boër sans en faire une analyse.

Plus tard, Winckel décrit quelques névralgies qui semblent avoir beaucoup de ressemblances avec la maladie dont nous nous occupons. Il s'agit de névralgies le plus souvent crurales, très douloureuses, obligeant les patientes à l'immobilité, le siège est parfois aussi la région obturatrice. Une de ces névralgies a été observée par Winckel de la façon suivante : « Primipare de 26 ans, forceps facile pour sommet n° 1, deux jours après, apparition de douleurs dans les deux hanches, impotence fonctionnelle légère des deux membres inférieurs, douleur à la pression au-dessous et au-dessus de l'arcade crurale, la sensibilité est intacte », les douleurs se produisaient par accès paroxystiques, avec exacerbations sans causes appréciables, les phénomènes douloureux, d'abord très violents, allaient progressivement en diminuant jusqu'au septième jour, date à laquelle tout rentrait dans l'ordre.

Beaucoup plus tard, Sabrazès et Cabannes signalent, d'après Bernhardt, au cours des suites de couches, l'existence assez fréquente de névralgie du fémoro-cutané.

Dans les cas cités, ils attribuent ces névrites à l'albuminurie gravidique, ils interprètent même ces symptômes douloureux comme des prodromes d'éclampsie. Comme on le verra plus loin, on observe fréquemment, dans la maladie dont nous nous occupons, à titre de symptôme, la névralgie du fémoro-cutané.

Jolly, en 1892, observe, à la suite d'une grossesse, une p araplégie incomplète avec légère anesthésie. Il pense d'a-

bord à une affection médullaire, puis devant l'évolution très rapide vers la guérison, il n'hésite pas à attribuer ces troubles à l'hystérie.

Dans le *British medical journal*, 10 décembre 1902, on trouve la description d'une affection des membres inférieurs simulant la phlegmatia des accouchées.

Le début est marqué par une douleur diffuse du membre inférieur et spécialement la cuisse, aggravée par une pression superficielle, atténuée, au contraire, par une pression profonde.

Il y a gonflement généralisé de tout le membre, sans godet d'œdème, sans augmentation par la station debout.

Le syndrome se localise dans le territoire des nerfs suivants : musculo-cutané externe, femoro-cutané, cutané interne de la cuisse, musculo-cutané du sciatique.

Les réflexes sont normaux.

L'évolution se produit en une dizaine de jours, pas d'élévation de température, pas d'hyperesthésie.

Divers auteurs rapportent des faits cliniques ayant trait à des phénomènes douloureux pendant les suites de couches, mais ne présentant qu'un intérêt restreint pour le sujet qui nous occupe, soit que l'affection décrite n'ait aucune ressemblance avec le syndrome de Hauch, soit que la documentation paraisse incomplète.

Enfin, en 1899, Meyer et Ernst isolent le syndrome, en font l'étude clinique, le recherchent systématiquement chez leurs malades, et Hauch en fait une description à laquelle nous nous reporterons fréquemment au cours de cette thèse.

DÉFINITION

La « névrite puerpérale légère » est un syndrome névritique survenant après l'accouchement, siégeant exclusivement au membre inférieur, la durée de la maladie est brève, la bénignité constante.

Hauch a minutieusement analysé les divers symptômes de cette affection, et c'est en grande partie d'après lui que sera faite la description qui va suivre.

Les symptômes de l'affection sont les suivants :

1° Douleur provoquée par la pression des troncs nerveux.

C'est là le symptôme le plus constant de tous. Les nerfs de la cuisse sont atteints avec une inégale fréquence.

Le plus souvent douloureux est le crural, puis le fémoro-cutané, l'obturateur est parfois sensible à la pression, assez rarement et par ordre de fréquence décroissante, le génito-crural, et le grand et le petit abdomino-génital.

Il existe un certain nombre de difficultés pratiques ou cliniques qu'il faut éviter ou tourner pour arriver à explorer convenablement la sensibilité des troncs nerveux.

La position du nerf crural est parfois assez difficile à repérer, même avec les battements artériels comme guide, il faut explorer dans ce cas le nerf saphène interne, au point où il est accessible isolément, c'est-à-dire à l'endroit où il sort du canal de Hunter.

La corde des adducteurs et la saillie du condyle interne du fémur constituent deux points suffisants pour repérer le saphène d'une façon satisfaisante. C'est au saphène interne qu'il faut tâter le pouls de la sensibilité du crural.

L'obturateur est très difficile à repérer, il est inaccessible à la sortie du trou obturateur. D'autre part, les parties molles de la région étant très fréquemment endolories après l'accouchement, il faut, avant de se prononcer sur l'existence d'une hyperesthésie de l'obturateur, trouver un point précis où la douleur soit nette, quand, immédiatement à côté, ou bien elle n'existe pas, ou bien elle est peu marquée.

D'autre part, l'irradiation à distance de la douleur, perçue par la malade dans une direction qu'on peut prévoir, est un bon symptôme de douleur nerveuse.

Pour trouver l'obturateur il faut chercher très haut à la partie interne de la cuisse, un peu au-dessous du sillon génito-crural.

Le fémoro-cutané est facile à repérer, sa topographie est simple et bien connue. L'échancrure innominée, entre les deux épines iliaques antérieures, est le point d'élection.

Quant aux abdomino-génitaux, ils cheminent entre les muscles de la paroi abdominale, au-dessus de la crête iliaque et c'est là, à la partie moyenne de cette crête, que l'on peut explorer leur sensibilité.

Plus bas, comme ils ont une distribution à peu près parallèle à celle du génito-crural, il est impossible de distinguer quel est, à ce niveau, le nerf hyperesthésié. L'intensité de la douleur provoquée par la pression est variable suivant les cas et suivant le sujet, d'après Hauch (nous n'avons jamais observé rien de tel), dans certains cas, une simple pression fait crier de douleur la patiente, tant la douleur est insupportable.

D'une façon générale, la sensibilité douloureuse provoquée des nerfs, est le symptôme le plus constant ; dans de nombreux cas, il précède les autres symptômes et reste le dernier persistant. Ce peut être la seule manifestation de la maladie.

Ce symptôme est localisé à un ou plusieurs nerfs, à un seul membre ou aux deux (moins fréquemment).

La douleur à la pression des nerfs persiste parfois pendant une huitaine de jours ; elle va en diminuant progressivement du début de la maladie jusqu'à la fin.

2º Impotence fonctionnelle.

Par ordre de fréquence, vient immédiatement après la douleur à la pression des nerfs.

Variable dans son intensité, ce symptôme peut se présenter sous la forme d'une simple sensation de gêne ou de pesanteur dans le membre, lorsqu'il est fruste, allant, dans les cas où il est prononcé, jusqu'à la paralysie.

Il est très délicat d'essayer de déterminer quels sont les

groupes musculaires ou les muscles isolés atteints; dans ce dernier cas, notamment, des suppléances vicariantes se produisent par voie réflexe.

Quoi qu'il en soit, le muscle le plus fréquemment atteint est le psoas iliaque et, dans ce cas, la flexion de la cuisse sur le bassin est difficile, pénible ou impossible, suivant le degré de l'impotence musculaire.

L'impotence apparaît le plus souvent *au cours* de la maladie, vers le deuxième ou le troisième jour, parfois beaucoup plus tard.

Assez fréquemment, les symptômes qui avaient, dans leur apparition, précédé la parésie musculaire et qui semblaient s'amender, prennent, au moment où ce nouvel accident va survenir, une recrudescence marquée.

L'impotence fonctionnelle apparue au cours de la maladie disparaît le plus souvent, avant la fin ; on n'a jamais constaté de cas où elle persista à titre définitif.

Ce symptôme doit être soigneusement recherché ; outre les difficultés signalées plus haut, il y a encore ceci : c'est que la malade est couchée, et, ne se préoccupant pas de sa motilité, n'attirerait jamais l'attention à ce sujet et même attribuerait peut-être volontiers l'existence de ce trouble à son état actuel.

3° Douleurs spontanées.

Les douleurs spontanées se rencontrent dans un peu plus de la moitié des cas. Mais elles constituent un symptôme

plus important que les deux premiers, en ce sens qu'elles attirent forcément l'attention.

Les douleurs ont une topographie qui, au début, coïncide avec le trajet des troncs nerveux, puis les sensations douloureuses s'étalent à tout le territoire du nerf. On les observe à la cuisse, au mollet et même à la partie interne du pied.

D'une façon générale, lorsqu'il y a douleur spontanée, l'apparition de ce symptôme semble précoce, par rapport à l'évolution de la maladie ; il peut se faire en même temps qu'on décèle la sensibilité à la pression.

C'est un symptôme le plus souvent fugace, se manifestant pendant plusieurs heures et disparaissant ensuite.

D'intensités et de modalité variables, les douleurs spontanées peuvent être observées sourdes ou violentes, intermittentes, consistant en fourmillements, sensations de déchirement, de broiement, d'étirement.

Elles se produisent rarement par accès, cependant le fait se produit ; dans ces cas, l'accès est produit par un mouvement brusque, parfois par une cause minime comme le frottement du drap sur les jambes. Enfin Hauch a observé deux fois des accès douloureux nettement provoqués par les tétées.

4^o Hyperesthésie.

Très variable, parfois cliniquement inexistante, parfois fort violente.

Elle affecte souvent la forme de méralgie paresthésique,

grâce à la coïncidence fréquente de douleurs spontanées lorsqu'elle atteint le territoire du fémoro-cutané.

Elle existe dans les autres territoires nerveux.

Elle occupe habituellement une région assez étendue comme la face antérieure de la cuisse, et fort fréquemment il est impossible de lui assigner des limites nettes :

La sensibilité au froid, au chaud, au contact n'est jamais atteinte ; on n'observe pas d'anesthésie.

5° *Réflexes tendineux*

En ce qui concerne les réflexes tendineux, Hauch signale cette particularité intéressante, savoir : que le réflexe patellaire, qu'il a examiné systématiquement chez toutes ses malades, est très souvent fort accentué et parfois nettement exagéré.

Nous avons retrouvé cette particularité chez les patientes que nous avons eu l'occasion d'observer.

Le réflexe patellaire est nettement plus accentué du côté malade, dans les cas d'unilatéralité du syndrome, et Hauch signale que dans un cas où la maladie était bilatérale, les symptômes de tous ordres étant plus accentués d'un côté, le gauche en la circonstance, le réflexe patellaire était plus marqué de ce côté.

Il est assez difficile de se rendre compte de l'état du réflexe achilléen à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de mobiliser la femme récemment accouchée ; nous avons tenté de le faire en soulevant la jambe au-dessus du plan du lit, mais les résultats obtenus sont trop incertains pour que nous ayons pu en tenir compte.

6° *Troubles trophiques et vaso-moteurs.*

Ernst et Hauch n'ont jamais constaté de troubles trophiques considérables, tout au plus, suivant eux, existe-t-il des troubles vaso-moteurs, parfois un peu d'œdème ; dans certains cas, la sécrétion sudorale est plus considérable sur le territoire atteint qu'ailleurs.

L'atrophie musculaire consécutive à la maladie est peu fréquente, nous avons mesuré la circonférence des membres inférieurs au-dessus du genou et à la partie moyenne de la cuisse, chez des malades que nous avons observées, par comparaison avec le membre sain, au début de la maladie et à leur sortie de l'hôpital, nous n'avons jamais observé de différence appréciable.

D'ailleurs, au premier lever, jamais nos malades ne se sont plaintes et nous n'avons pu constater de faiblesse musculaire plus marquée d'un côté.

Cependant, Bonnaire et Rosenz Witt, qui ont été les premiers en France à étudier la question, ont constaté chez certaines de leurs malades des œdèmes assez considérables et de la cyanose du membre.

De plus, dans un cas où le diagnostic fut vérifié par Hauch lui-même, après qu'on avait cru avoir affaire à une phlébite, il y eut des atrophies musculaires très marquées, par conséquent on doit toujours veiller à cette complication.

Dans le cas précité, la malade avait été immobilisée et il est fort possible que cette immobilisation ait été cause en partie de l'atrophie musculaire qui s'ensuivit.

Phénomènes généraux.

Dans les quatre cas que nous avons observés, nous n'avons constaté aucune perturbation d'ordre général.

Hauch a trouvé de la fièvre dans la moitié des cas observés, mais il faut remarquer que le plus souvent, dans ces cas, il existait une autre affection que la névrite puerpérale légère, capable d'expliquer par elle-même l'élévation de température.

Cependant, cet auteur a eu plusieurs fois de la fièvre au cours de l'affection, sans pouvoir lui attribuer d'autre cause que la maladie elle-même.

Dans ces cas, la fièvre apparut quelques heures après le début ; deux fois seulement l'apparition de la fièvre coïncida exactement avec le début.

ÉTUDE CLINIQUE

D'une façon générale, le syndrome est très rarement complet, la plupart du temps il ne se manifeste que par quelques symptômes dont la combinaison variable crée des types divers.

La maladie se réduit parfois à une simple douleur provoquée par la pression à l'émergence d'un nerf, et pour la déceler dans ce cas, il faut l'avoir cherchée de parti pris.¹

D'autres fois, et c'est assez fréquent, il se joint à cette sensibilité nerveuse à la pression, un peu d'impotence fonctionnelle, d'autant plus difficile à mettre en évidence et à observer au préalable, que la malade est couchée et qu'elle n'attire point l'attention sur cette impotence.

La maladie n'attire véritablement l'attention que lorsqu'il y a des symptômes subjectifs douloureux, comme nous le faisons remarquer plus haut, soit hyperesthésie, soit douleurs spontanées.

Par conséquent, on peut envisager la question de la façon suivante : Décrire du syndrome de Hauch une forme cachée, larvée, qui n'a qu'un intérêt théorique, et une forme dou-

loureuse par hyperesthésie ou autrement, qui sollicitera l'attention du médecin et appellera son intervention.

Le syndrome fait son apparition dans les quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, très souvent il se manifeste au cours du premier jour.

L'évolution de la maladie se fait en un temps moyen de cinq ou six jours ; fréquemment plus, huit ou neuf ; dans des cas, assez nombreux, trois ou quatre jours seulement.

Le maximum observé par Hauch est de douze jours, le minimum de trente-six heures.

La maladie se prolonge surtout en cas de bilatéralité.

Dans ce cas, la maladie semble évoluer de chaque côté pour son propre compte, la physionomie de l'affection étant tout à fait dissemblable des deux côtés ; enfin l'invasion des symptômes se fait de chaque côté à des dates différentes, l'invasion du membre épargné d'abord se produisant au moment où l'autre est déjà guéri.

La névrite est aussi fréquente à droite qu'à gauche, sans qu'il soit possible, dans chaque cas particulier, de trouver une raison plausible de la localisation ; qu'on cherche à incriminer la pression de la tête fœtale ou toute autre cause obstétricale, ou trouve qu'il n'y a aucune corrélation entre ces faits et la localisation des phénomènes douloureux.

Après complète disparition du syndrome, on peut observer une rechute ; le fait est assez rare, puisque Hauch ne l'a trouvé que deux fois.

La seconde atteinte peut être plus violente que la première ; elle peut même être la seule observée, si la première atteinte avait passé inaperçue parce que peu douloureuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Hauch).

18 ans, bien portante, primipare. Les douleurs commencent le 23 mars, 11 heures du soir, perte de sang. Siège complet. Accouchement, 26 mars, 1 heure matin. Abaissement des bras, Moriceau, 2 points de suture au périnée.

29 mars. Température, 37°5-37°3. Les douleurs sont apparues à la partie supérieure et antérieure des cuisses, au repos et pendant les mouvements. Ces douleurs sont intermittentes, avec de sourdes exacerbations, elles siègent dans la région crurale et au genou, peuvent être produites ou augmentées lorsque la patiente essaie de soulever sa jambe au-dessus du plan du lit. Les mouvements des articulations de la hanche sont possibles quand la jambe est maintenue. Les mouvements passifs ne produisent que d'insignifiants fourmillements. On trouve de la douleur à la pression du crural, sous le ligament de Fallope, mais aucun trouble de sensibilité objective.

Les symptômes sont bilatéraux, moins prononcés à droite qu'à gauche.

30 mars. Remue les deux jambes sans douleur, la sensibilité à la pression est disparue.

Température, 37°8-37°3.

3 Avril. Guérison complète.

OBSERVATION II (Ernst).

Primipare, 25 ans. Accouchement 4 mars. 1 heure matin, OIGA ; l'accouchement dure 7 heures. Suture du périnée. La parturiente est un peu anémiée. Pendant la gestation, vomissement, albuminurie avec cylindres, persistant.

4 mars. La patiente tousse un peu, la veille au soir frisson. Huit à neuf heures après la délivrance, on constate que le crural et le saphène sont douloureux, sans autre trouble.

5 mars. La veille, à 2 ou 3 heures après midi, début des douleurs dans la partie antérieure de la cuisse, la partie interne de la cuisse et du pied. Ces douleurs, sourdes ou vives, se reproduisent par accès, surtout dans la première moitié de la nuit. A la date du jour, les douleurs sont plus supportables. On ne trouve de sensibilité à la pression qu'au crural et au saphène. La malade ne peut qu'avec peine élever sa jambe étendue au-dessus du plan du lit. Hyperesthésie cutanée de la cuisse droite, partie antérieure. Le membre inférieur gauche est normal. Réflexes patellaires un peu plus vifs à droite qu'à gauche.

6 mars. Hier, apparition de douleurs à la partie antéro-externe de la cuisse gauche, à peu près aussi fortes qu'à droite où l'état est stationnaire. Sensibilité à la pression du crural gauche, du saphène, du fémoro-cutané, hyperesthésie à la partie antérieure de la cuisse. Difficulté dans l'élévation et l'extension du membre. Etat stationnaire à droite.

Diminution progressive des symptômes jusqu'au 10 mars où tout est fini.

OBSERVATION III (Hauch) (*rechute*).

Deux heures après la délivrance, la patiente se plaint de douleur à la partie antérieure de la cuisse droite, moins les surfaces

externes et internes. Ce sont des douleurs pesantes, des sensations de compression. Puis après une accalmie d'une demi-heure entrent en scène des douleurs paroxystiques en coup de poignard qui empêchent le sommeil.

6 mars. Les douleurs subsistent : les deux cruraux sensibles à la pression, ainsi que le fémoro-cutané ; sensibilité diffuse de la région obturatrice.

Symptômes plus prononcés à droite ; hyperesthésie cutanée à la partie antérieure et interne de la cuisse droite : pas de parésie ; le réflexe patellaire est vif des deux côtés.

7 mars. Douleurs moindres.

9 mars. Plus de douleurs spontanées, les autres symptômes persistent avec moins d'intensité.

11 mars. Douleurs paroxystiques se sont manifestées hier soir, vers 8 heures, dans la jambe droite, à courts intervalles, à la partie antérieure de la cuisse et à la partie postérieure du mollet. Sommeil impossible.

A droite crural, fémoro-cutané, obturateur sensibles à la pression ; hyperesthésie cutanée violente de la partie antérieure et interne de la cuisse.

12 mars. Etat stationnaire.

13 mars. Utérus douloureux à la pression ; œdème des petites lèvres ; plus de douleurs spontanées. Sensibilité à la pression des nerfs, forte et persistante. Réflexes patellaires vifs.

15 mars. Amélioration.

17 mars. Douleur le long de l'uretère droit et dans la région lombaire droite.

19 mars. Sensibilité à la pression des nerfs et hyperesthésie très diminuées.

25 mars. Tout est rentré dans l'ordre. Légère élévation de cinq dixièmes de degré pendant la maladie.

OBSERVATION IV (*Personnelle*).

30 janvier 1911.

G..., 28 ans. II-pare. Antécédents morbides nuls. Accouchement normal OIGA.

Début dix-huit heures environ après l'accouchement par une sensation de pesanteur, de douleur contuse dans la cuisse gauche, partie antérieure.

31 janvier. Légère impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche.

La malade se plaint de douleurs sourdes, de fourmillements survenant par bouffées.

Objectivement, sensibilité un peu exagérée aux diverses émergences nerveuses. Si on cherche la sensibilité à la pression, on la trouve seulement au fémuro-cutané gauche où elle est très nette.

Le réflexe rotulien est égal des deux côtés.

Il n'y a pas d'augmentation de volume du membre. Température normale, pouls, 76.

1^{er} février. Phénomènes douloureux spontanés, moins marqués que la veille.

La malade a pu dormir d'un sommeil calme, alors que la veille ses douleurs avaient été causes d'insomnie.

L'hyperesthésie cutanée persiste et, à la pression, le fémoro-cutané, le crural et le génito-crural sont douloureux ; le fémoro-cutané est le plus hyperesthésique.

Réflexes normaux, impotence fonctionnelle disparue, seulement un peu de douleur persiste. Température, 36°9 ; pouls 80.

2 février. Symptômes douloureux spontanés disparus. Le fémoro-cutané reste seul un peu douloureux à la pression. Température, 36,5 ; pouls, 72.

3 février. Guérison.

A aucun moment de la maladie, il n'y a eu augmentation de

volume d'un membre, à la sortie de la maladie, il n'y avait pas d'atrophie.

OBSERVATION V (*Personnelle*).

R..., 30 ans. III-pare. Antécédents éthyliques légers, boit depuis longtemps beaucoup de café, l'hiver, bronchite. Très nerveuse, très impressionnable.

Accouchement, 9 février, OIOP normal. Enfant, 3.600 grammes. SOB et bipariétal, 9^o5.

Six heures après l'accouchement, examen de la malade, seul symptôme, pression douloureuse du fémoro-cutané gauche. Sensibilité normale. Pas de sensations subjectives douloureuses.

Il y a de l'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, se traduisant par de la lourdeur et des mouvements difficiles. Température, 37^o2 ; pouls, 80.

10 février. Pendant la nuit du 7 au 10, et déjà dans la soirée du 9, la malade a éprouvé des fourmillements pénibles dans la cuisse gauche, puis dans la cuisse droite, et d'une façon assez intense pour troubler le sommeil.

A l'examen, hyperesthésie cutanée, surtout forte à droite.

A gauche, le fémoro-cutané et le génito-crural sont douloureux.

A droite, le génito-crural est assez fortement douloureux. Température, 36^o9.

Réflexes égaux des deux côtés.

11 février. Phénomènes douloureux spontanés disparus.

Seule la sensibilité douloureuse à la pression des deux génito-cruraux persiste, mais beaucoup moins marquée que la veille. Température, 37^o1.

12 février. Guérison complète.

Pas de modification du volume des membres inférieurs mesurés pendant la maladie.

OBSERVATION VI (*Personnelle*).

B..., 21 ans, primipare. Vomissements assez forts dans les deux premiers mois de la grossesse. Crises de nerfs dans la jeunesse et lors du début de la menstruation.

17 février, OIGA, accouchement normal, trois points au périnée. Enfant, 2.620 grammes.

Huit heures après l'accouchement, sensibilité douloureuse à la pression, des deux côtés des nerfs suivants : fémoro-cutané, crural, génito-crural.

Les phénomènes douloureux à la pression sont plus accentués à droite.

La sensibilité à la pression est le seul symptôme constaté.

18 février. Pas d'autres troubles nouveaux.

Il n'y a plus de sensibilité douloureuse qu'à la pression du fémoro-cutané gauche.

19 février. Même symptôme persistant, mais très diminué d'intensité.

20 février. Guérison complète.

Température normale pendant l'évolution de la maladie.

OBSERVATION VII (*Personnelle*).

D..., 35 ans, primipare, pas d'albumine. Forceps simple sans complication sur OIGA.

Antécédents morbides : dothiéntérie à l'âge de 16 ans.

22 février. Dix heures environ après l'accouchement. Il n'y a pas de sensations douloureuses spontanées, sauf un peu de douleur au genou gauche. Un peu d'impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs. Réflexes rotuliens vifs des deux côtés.

En revanche, crural, génito-crural, obturateur des deux côtes sensibles à la pression.

23 février. Du côté droit, tous les phénomènes sont disparus, sauf la sensibilité à la pression de l'obturateur. A gauche, hyperesthésie de la cuisse face antérieure et latérale gauche, surtout superficielle, mais sensibilité nette des plans profonds. A gauche, également, fémoro-cutané douloureux à la pression, les autres nerfs sont encore douloureux, mais moins que la veille. A gauche, persistance d'un peu d'impotence fonctionnelle.

24 février. Côté droit guéri, à gauche, persistance des symptômes observés la veille, mais diminués d'intensité.

25 février. Amélioration continue.

26 février. Guérison.

Température normale pendant l'évolution de la maladie. Le neuvième jour, il n'y avait pas d'atrophie musculaire d'un côté ou de l'autre.

La maladie de Hauch frappe indifféremment les primipares et les multipares, ces dernières semblent être plus fréquemment atteintes.

L'âge du sujet n'a aucune importance, parfois on peut observer chez le malade un état spécial : diathèse nerveuse — a-t-on dit. — Bernheim, pour toutes les névrites, a mis en évidence ce fait que « la diathèse nerveuse crée un terrain « favorable, à la faveur duquel les causes d'infection ou « d'intoxication se localisent de préférence sur les nerfs, « créant polynévrites infectieuses ou toxiques. »

Ceci est déjà un point, mais on ne rencontre pas cet état spécial, d'ailleurs assez difficile à déterminer, chez toutes les malades atteintes, et, en tout cas, s'il y a là une prédisposition, les causes déterminantes n'en restent pas moins obscures.

On a cherché, dans les maladies survenues pendant les

suites de couches, ou déjà existantes à la fin de la grossesse, une circonstance pathogénique. Il n'y a là rien de certain, un grand nombre de polynévrites de Hauch évoluent d'une façon autonome en dehors de toute infection (grippale ou autre) coïncidant.

Enfin, on a cherché dans les manifestations toxiques qui se produisent au cours de la grossesse un rapport avec la production des névrites.

L'albuminurie n'est pas plus fréquente parmi les malades atteintes, que parmi la totalité des femmes enceintes.

On a voulu incriminer les vomissements de la grossesse. On a observé des vomissements incoercibles ayant nécessité l'interruption de la grossesse coïncidant avec des névrites.

En ce qui concerne la maladie de Hauch, les vomissements (mais non incoercibles) existent une fois sur trois. C'est là un fait de peu d'importance si on réfléchit que les vomissements au cours de la grossesse sont un phénomène très fréquent, observé presque une fois sur deux grossesses.

D'ailleurs, la plupart des auteurs tendent, non à établir entre les vomissements et les névrites, ainsi d'ailleurs que les éruptions cutanées au cours de la grossesse et l'albuminurie, des relations de cause à effet, mais à en faire les manifestations d'une même intoxication. Certains de ces auteurs vont même plus loin, et ils attribuent les vomissements à une névrite du vague ou du phrénique, névrite légère dans les cas ordinaires ; grave névrite, au contraire, quand ces vomissements se terminent par la mort.

Enfin il est bon de remarquer que le syndrome de Hauch se produit après l'accouchement, et que les manifestations

toxiques de la grossesse, d'après tous les classiques, cessent en général avec l'accouchement ; l'interruption de la grossesse étant, dans certains cas, une méthode de traitement.

Dans ces conditions on se demande dans quelle mesure les manifestations précitées peuvent avoir une relation avec la maladie de Hauch. Les manifestations rénales de la grossesse semblent être facteur de gravité.

L'étude des circonstances de l'accouchement lui-même, quelle que soit son évolution, ne présente aucun éclaircissement dans la question. La plupart du temps l'accouchement a été normal dans tous ses éléments, position du fœtus, durée du travail, délivrance.

La position de la présentation ne joue absolument aucun rôle dans la détermination du siège de l'affection.

Il n'y a pas de relation entre la longueur du travail et les manifestations graves ou non de névrite.

NATURE DE LA MALADIE

Il n'y a pas eu, pour la maladie décrite par Hauch, de vérification anatomo-pathologique, malgré ce défaut, il est peu difficile d'admettre qu'il s'agisse d'une névrite.

En effet, quelle autre maladie est capable de produire rapidement des douleurs dans les nerfs, de l'hyperesthésie, de l'impotence fonctionnelle.

Il ne peut être question d'une névralgie, une névralgie ne causant pas d'impotence fonctionnelle ni de trouble de la sensibilité.

Les troubles sensitifs et les douleurs survenant tout au début font éliminer l'hypothèse d'une affection médullaire, phénomène pathologique rarissime dans les états puerpéraux.

Il n'y aurait contre la névrite que deux symptômes : le premier, signalé par Hauch, est l'absence de RD. Hauch fait remarquer que l'on connaît certaines névrites où ce symptôme fait défaut, il pense que, pour qu'il y ait RD, il faut une maladie assez accentuée et assez prolongée, ce qui n'est pas le cas pour la maladie bénigne et à évolution rapide dont il s'agit.

D'autre part, l'exagération des réflexes patellaires peut constituer une objection à l'hypothèse de névrite. En effet, d'une façon classique, l'abolition des réflexes tendineux est un symptôme cardinal dans l'évolution des névrites.

Cependant on décrit dans les traités des névrites au cours desquelles les réflexes sont augmentés, les névrites traumatiques notamment.

Il existe des observations de Mœbius et de Strumpell.

Decroly et de Buck confirmèrent en 1901 que des névrites simples ou des polynévrites de tous genres peuvent s'accompagner d'exagération des réflexes.

Pour Lamy, il s'agit d'un désordre d'origine centrale, dû à un réflexe causé par les excitations centripètes partant du nerf lésé.

Pour Decroly, c'est l'affaiblissement de la force musculaire des fléchisseurs antagonistes et conséquemment modérateurs des extenseurs, qu'il faut invoquer comme raison : les extenseurs, en effet, chargés de répondre au choc produit par la percussion du tendon, non modérés par leurs antagonistes, fournissent un mouvement plus violent.

Quoi qu'il en soit de ces explications, elles prouvent cependant la possibilité d'une névrite sans RD et avec des réflexes augmentés d'intensité.

D'autre part, les faits signalés plus récemment par Bonnaire et Rosenz Witt : œdème, cyanose du membre et, enfin, dans certains cas, atrophie musculaire consécutive, joints aux troubles sécrétoires sudoraux qu'on peut observer, ne laissent plus aucun doute sur la nature névritique du processus causal de la maladie décrite par Hauch.

La localisation de la névrite est constante et se fait exclusivement au membre inférieur avec prédilection pour la cuisse.

Les manifestations douloureuses, hyperesthésiques ou parétiques se produisent toujours dans le domaine des nerfs du plexus lombaire. Cependant, cette détermination est loin d'être exclusive, et on peut observer de l'hyperesthésie dans le territoire d'un nerf qui n'est pas malade et qui a ses racines communes avec le plexus lombaire.

Enfin, certains nerfs semblent partiellement atteints, par exemple le saphène étant douloureux nettement, on observe en revanche peu souvent l'hyperesthésie du bord interne du pied.

Ces faits semblent autoriser cette déduction : la maladie décrite sous le nom de polynévrite puerpérale légère peut être considérée dans certains cas comme une radiculite.

Hauch pense que certaines racines sont atteintes partiellement et, certaines fibres effectivement frappées par le processus, parce que certains nerfs issus d'une même racine ne sont pas parfois simultanément atteints.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le plexus lombaire est le seul en jeu, qu'il est très possible que la névrite soit parfois tronculaire, parfois radiculaire, et en fait, il n'y a pas d'objection à supposer possible la coexistence d'une radiculite légère avec une névrite tronculaire, la cause inflammatoire de la névrite pouvant se fixer sur l'un quelconque des éléments du plexus lombaire ou sur plusieurs d'entre eux à une certaine distance.

Enfin, à un point de vue plus général, l'hyperesthésie, les

douleurs à forme de fourmillements, les paroxysmes qu'on trouve parfois, sont des symptômes qui appartiennent bien à l'ensemble clinique des radiculites ; surtout les paroxysmes provoqués par des mouvements minimes ou un acte involontaire, les accès douloureux réveillés ou exacerbés sont un signe à peu près certain de radiculite. Or le fait est signalé : une malade atteinte de « névrite lombaire puerpérale légère » avait des accès paroxystiques de douleurs au moment de l'allaitement.

ÉTIOLOGIE

Pour mémoire, nous citerons les causes incriminées par certains auteurs, Jolly entre autres, pour qui les manifestations pathologiques d'ordre nerveux périphérique sont dus à l'hystérie. L'ostéomalacie, les infections annexielles graves, l'infection puerpérale, même l'origine réflexe ont été tour à tour invoqués.

On n'a jusqu'ici observé chez les malades atteintes de névrite lombaire légère aucune de ces affections. L'hypothèse d'hystérie n'est plus une explication, tout au plus y a-t-il là une indication de terrain névropathique.

L'hypothèse de l'origine réflexe est purement gratuite et, quoi qu'on connaisse des manifestations morbides nerveuses périphériques, d'origine éloignée et semblant dues à des lésions d'organes en connexion nerveuse avec les territoires atteints, rien, sinon l'origine lombaire de certains nerfs utérins (et c'est insuffisant) n'autorise à accepter l'explication par origine réflexe.

Nous avons parlé plus haut des traumatismes obstétricaux, nous avons vu que dans de très nombreux cas, il ne pouvait en être tenu compte. D'autre part, les nerfs du

plexus lombaire, de par leur situation anatomique, sont hors d'atteinte.

Pour Hauch et Bonnaire, qui ont particulièrement étudié la question, il s'agit de toxines peut-être d'origine bactérienne, peut-être formées dans l'utérus au cours de sa régression, ou par la résorption de certains débris placentaires.

Bonnaire fait remarquer l'élection exclusive du processus pour les nerfs du plexus lombaire, et il rapproche ce fait de la prédilection de certaines névrites pour certaines régions en rapport avec leur étiologie (diphtérie : voile du palais ; plomb : radial ; alcoolisme : membres inférieurs).

Il est également très admissible que certaines causes adjuvantes doivent intervenir : hémorragies, vomissements, infection et favoriser la production de névrites sur des nerfs déjà atteints et sensibilisés par les toxines.

Les maladies intercurrentes ont une action certaine et, dans le cas à rechute de Hauch, nous voyons que la reprise des symptômes a été précédée de troubles généraux en corrélation avec une infection puerpérale tardive qui se manifesta par des signes de pyélite et des douleurs internes avec lochies fétides.

Pour conclure, il s'agit d'une inflammation nerveuse rapide (les toxines s'éliminant sans doute facilement et dans un temps court) des nerfs ou des racines du plexus lombaire, due à une auto-intoxication d'origine puerpérale. Toute autre cause d'hétéro-intoxication peut devenir un facteur de gravité.

DIAGNOSTIC

Toutes les causes de douleur au cours du puerperium sont à éliminer et en particulier :

1° Les affections articulaires douloureuses dues au relâchement des symphyses, et ici la question est un peu complexe, car certains auteurs ont écrit que par suite du relâchement articulaire, un nerf passant dans le voisinage de l'articulation relâchée pouvait être étiré, d'où névrite.

Cette conception n'est réalisable que dans un nombre de cas tout à fait restreint et le plus souvent on fera le diagnostic :

a) En constatant le relâchement de la symphyse, grâce à des mouvements anormaux perçus.

a) En localisant la douleur d'une façon exacte à l'interligne articulaire.

2° Les affections utérines, à éliminer par leur symptomatologie propre, ainsi que les affections vésicales.

3° Le diagnostic important, le seul ayant un gros intérêt, celui de la phlegmatia alba dolens. Les deux affections surviennent toutes deux après l'accouchement, toutes deux sont cause de douleurs dans le membre inférieur, toutes

deux s'accompagnent d'impotence fonctionnelle, enfin, parfois, pour la névrite lombaire puerpérale légère, un peu de gonflement prête encore à confusion.

Dans les deux cas il peut y avoir élévation de température, et ce qui complique encore la question, c'est la possibilité de douleurs nerveuses, dans le territoire du crural au cours de la phlébite, c'est également la fréquence de certains troubles de la sensibilité au cours de cette affection.

Cependant : la névrite lombaire puerpérale légère survient dans les premiers jours qui suivent l'accouchement; la phlegmatia fait son apparition 8 jours environ après l'accouchement.

Pour phlébite, à la phase préoblitérante il y a souvent de petites embolies pulmonaires à symptomatologie très résumé. Il y a la courbe de température à grandes oscillations pour la phlébite.

A la période d'état l'œdème est exceptionnel dans la polynévrite, constant dans la phlegmatia, bien plus considérable dans ce cas que le petit gonflement de la névrite, œdème débutant dans la phlébite à la racine du membre, œdème blanc, dur, douloureux avec veinosités superficielles.

Dans la phlébite on constate la douleur spontanée dans l'aîne, le mollet, la face interne de la cuisse, l'existence d'un cordon veineux induré, l'hydarthrose du genou, le signe de Malher.

Nous avons insisté particulièrement sur ce diagnostic parce qu'il serait particulièrement désastreux que la notion de l'existence de la névrite lombaire puerpérale

légère soit cause d'ignorer une phlegmatia à son début.

D'autre part, et c'est là le point délicat, il est assez important de ne pas diagnostiquer phlegmatia sur une névrite puerpérale légère, les indications thérapeutiques, le pronostic étant tout à fait différents dans l'un et l'autre cas.

Le diagnostic de névrite s'imposera par la constatation de points douloureux nets à l'émergence des troncs nerveux, par la précocité de son apparition après l'accouchement, enfin, quand la maladie sera plus complète, par l'ensemble des troubles de la motilité et de la sensibilité avec leur localisation bien déterminée.

PRONOSTIC

Le pronostic est extrêmement favorable, sauf dans quelques cas rares où il y a atrophie consécutive.

TRAITEMENT

Il ne peut être question de faire un traitement causal, d'abord parce qu'il est très difficile, sinon impossible, de déterminer tous les éléments étiologiques de la névrite et ensuite l'évolution rapide et spontanée vers la guérison rend inutile toute tentative de désintoxication.

Il reste donc à envisager le traitement des symptômes : ici le seul symptôme à combattre est l'élément douleur.

On peut employer, suivant les cas et les sujets, les calmants comme les bromures, les analgésiques : antipyrine, aspirine, salicylate de soude, etc... et au cas où le sommeil est troublé, le trional.

Il n'y a pas lieu d'employer la morphine, sauf dans des cas exceptionnels.

La médication topique, soit révulsive, soit analgésique locale, ne donne pas de bons résultats, de plus la révulsion n'a pas sa raison d'être, la maladie évoluant avec rapidité vers la guérison, la révulsion serait d'une utilité contestable tout en ajoutant une souffrance nouvelle à celle de la malade.

CONCLUSIONS

1^o Il existe une névrite puerpérale légère d'origine toxique localisée au plexus lombaire. (Névrite lombaire puerpérale légère.)

2^o Cette affection existe à la suite des accouchements environ dans la proportion de 4 p. 100.

3^o Elle est caractérisée cliniquement.

a) Par la sensibilité douloureuse de certains troncs nerveux (fémoro-cutané et crural le plus souvent).

b) Par des douleurs spontanées.

c) Par de l'hyperesthésie des territoires atteints.

d) Par de l'impotence légère du membre inférieur.

e) Par de l'exagération des réflexes rotuliens.

f) Par son évolution rapide et la bénignité des symptômes

4^o Il n'y a pas de complications.

5^o Le diagnostic entre cette névrite et la phlegmatia des accouchées doit être envisagé.

6^o Le traitement est symptomatique.

BIBLIOGRAPHIE

ALDRICH. — *American journal, of obstetric*, 1902.

BOUCHARD. — Traité de pathologie générale. Séméiologie nerveuse.

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.

VINAY. — Maladie des suites de couches.

VALLEIX. — Traité des névralgies.

SEZARY. — Radiculites, in *Presse Médicale*, 1906.

SEMAINE MÉDICALE 1902. — Polymyosite aiguë.

PRESSE MÉDICALE 1901. — Arthrites pelviennes puerpérales.

DUSTIN. — Polynévrite gravidique, in *Iconographie de la Salpêtrière*, 1909.

DECROLY. — Névrite avec exagération des réflexes. In *Journal névrologique de Bruxelles*, 1901.

DENERIJE-KLUMPKE. — *Thèse*, 1889.

DOLERIS. — Métrites et fausses métrites.

BOËR. — Über eine Art Schenkelscherzen bei Kindbetterinnen und Mittel dagegen. *Nothnagel's Spez Pathologie und Therapie*, Bd, 2S 56.

TUILANT. — Névrite puerpérale. *Thèse*, 1891.

SOTTAS. — Sur un cas de paralysie puerpérale généralisée. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

MÖBIUS. — *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1892.

JOLLY. — *Archives de Gynécologie*, 1892.

BONNET. *Thèse* 1892-93, Lyon.

EULENBURG. — Über puerperalis neuritis und polyneuritis. *Deutsches Medicinische Wochenschrift*, 1895.

SABRAZES et CABANNES. — Méralgie paresthésique. *Revue de Médecine*, 1897.

ERNST. — *Bibliothek for Lager*, 1900.

MEYER. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1901.

NAUREILS. — Névrite puerpérale. *Thèse*, Bordeaux, 1903.

W. BENNET. — *British medical journal*, 1904.

HAUCH. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1906.

BONNAIRE et ROSENZWITT. Névrites périphériques transitoire dans l'état puerpéral. *Presse médicale*, 1909.

